

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 21 Juillet 1899, à 9 heures

PAR

Jules ROUX*Né à Sainte-Colombe (Seine-et-Marne), le 13 février 1871*

DE LA FISTULE A L'ANUS

ET PARTICULIÈREMENT

DE LA VARIÉTÉ INTRA-SPHINCTÉRIENNE

Étude clinique et thérapeutique

*Président : M. LE DENTU, Professeur.**{ RICHELLOT, Professeur.**Juges : MM. { LEJARS, Agrégé.**{ MÉRY, Agrégé.**Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

IMPRIMERIE DES THÈSES

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OLLIER-HENRY

11 ET 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

PARIS

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 21 Juillet 1899, à 9 heures

PAR

Jules ROUX

Né à Sainte-Colombe (Seine-et-Marne), le 13 février 1871

DE LA FISTULE A L'ANUS

ET PARTICULIÈREMENT

DE LA VARIÉTÉ INTRA-SPHINCTÉRIENNE

Étude clinique et thérapeutique

Président : M. LE DENTU, Professeur.

RICHELOT, Professeur.

Juges : MM. { LEJARS, Agrégé.

{ MÉRY, Agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

IMPRIMERIE DES THÈSES

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OLLIER-HENRY

11 ET 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

PARIS

1899



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale	BRISAUD.
	CHANTEMESSE
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
Clinique des maladies des enfants	DIEULAFOY.
Clinique des maladies syphilitiques	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses	JOFFROY.
	RAYMOND.
	BERGER.
Clinique chirurgicale	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique	PANAS.
Clinique des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchement	BUDIN.
	PINARD.

Agréés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MENÉTRIER.	VARNIER.
BROCA Auguste.	TOURETTE.	MERY.	WALLICH.
BROCA André.	HARTMANN.	ROGER.	WALTHER.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	TEISSIER.	WURTZ.
DELBET.	LEGUEU.	THIERY.	
DESGREZ.	LEJARS.		

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MON GRAND PÈRE

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES SŒURS

A MES BIENFAITEURS

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL LE NOIR
Médecin des Hôpitaux

A MES MAÎTRES DES HÔPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DENTU

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Chirurgien de l'Hôpital Necker
Officier de la Légion d'Honneur

A MA CHÈRE FEMME

INTRODUCTION

Arrivé au terme de nos études de médecine, il est pour nous un devoir impérieux mais bien doux à remplir, celui d'apporter à nos bienfaiteurs, à nos Maîtres des hôpitaux, à tous ceux dont la bienveillance envers nous ne s'est jamais démentie, à ceux qui nous ont guidé et soutenu dans le cours de nos études, un juste tribut d'hommages et l'expression de notre plus vive reconnaissance.

Nous sommes profondément reconnaissant à M. le Pr agrégé Quénu, qui fut pour nous un Maître bienveillant ; sa bonté pour nous, en une circonstance douloureuse, nous a touché profondément. Nous lui renouvelons ici l'expression de notre vive gratitude.

Il voulut bien nous initier à la pratique chirurgicale ; avec lui nous apprîmes à pratiquer les règles d'une rigoureuse antisepsie ; ses leçons cliniques, au lit des malades, nous furent d'une grande utilité.

Avec M. Cuffer, médecin à l'hôpital Necker, nous

passâmes une année entière; nous sommes vivement reconnaissant à notre Maître de ses leçons cliniques, de son enseignement, qui nous fut de toute utilité.

Nous n'aurions garde d'oublier les excellentes leçons de nos Maîtres, MM. Bucquoy, Moutard, Martin, Mercklen.

Nous sommes spécialement reconnaissant à nos maîtres, M. E. Gaucher et M. Comby.

M. E. Gaucher, dans son service à l'hôpital Saint-Antoine, comme par ses leçons du dimanche à Saint-Louis, nous initia à la pratique des maladies cutanées et syphilitiques; M. Comby à celle des maladies des enfants: ses conseils, à sa consultation de l'hôpital des Enfants-Malades, resteront toujours présents à notre mémoire.

Que M. Walther, professeur agrégé, chirurgien à la Maison de Santé, veuille bien agréer l'expression de notre sincère reconnaissance pour son enseignement et sa bienveillance envers nous. Nous avons retiré le plus grand profit des conseils qu'il nous prodigua à la consultation de chirurgie de l'hôpital Saint-Antoine.

Nous sommes reconnaissant à MM. Reclus et Thiéry, professeurs agrégés, chirurgiens des hôpitaux, ainsi qu'à M. le Pr Duplay, professeur de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu, de leur enseignement clinique.

Que M. le Pr Pinard veuille bien agréer l'expression de notre vive reconnaissance pour la bienveillance avec laquelle il nous a accueilli dans son service à la clinique Baudelocque et prodigué ses conseils.

Nous avons retiré le plus grand profit de l'enseignement de notre maître, M. le Pr Dieulafoy. Nous lui en exprimons notre plus vive reconnaissance.

M. le Dr Lacaille, assistant à la clinique de la Faculté, chargé des conférences et du service d'électrothérapie et radiographie de l'Hôtel-Dieu, a droit à toute notre reconnaissance et nous la lui exprimons bien vivement. Il a fait de nous son préparateur et nous a initié à la pratique électrothérapique.

A notre ami dévoué Ménier, interne des hôpitaux, nos plus sincères remerciements.

Que M. le Pr Le Dentu veuille bien agréer l'expression de notre plus vive reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

AVANT-PROPOS

Il est une affection insupportable qui, par ses caractères de chronicité indéfinie, si l'on n'y porte remède, finit par inquiéter profondément le malade et le jeter dans un état de dépression morale parfois extrême et très inquiétant : nous avons nommé la fistule à l'anus. La fréquence de cette affection justifie l'étude que nous voulons lui consacrer, et les considérations que nous inspireront les traitements si variés auxquels, depuis longtemps, les chirurgiens ont eu recours pour en traiter la guérison.

Les maladies qui affectent l'extrémité du tube digestif ont inspiré la publication d'un nombre considérable de travaux. Parmi ces affections, il est de toute évidence que les processus infectieux doivent tenir la plus grande place : la région, souillée sans cesse par les résidus de la digestion, est septique au premier chef, et elle est, au surplus, loin d'être à l'abri de toutes les causes de contagion extérieure.

Nous ne dirons que quelques mots de l'anatomie topographique de la région, renvoyant aux traités spéciaux pour de plus amples détails.

La dernière portion du tube intestinal, qui est la portion anale proprement dite, offre, quant à la disposition des fibres musculaires qui la constituent, une forme particulière : sur une hauteur de 3 centimètres environ, la tunique musculaire forme une couche circulaire, constituant le sphincter interne ; un peu plus bas, le renforçant, se trouve situé le sphincter externe.

D'un côté comme de l'autre du canal ano-rectal, on constate l'existence d'un espace rempli de tissu cellulo-adipeux, dont la hauteur ne dépasse guère 5 centimètres, de forme pyramidale : c'est la fosse ischio-rectale, que M. Richet a décrite sous le nom d'espace pelvi-rectal supérieur. Quelles en sont les limites ? En dehors, l'ischion et le muscle obturateur interne ; en dedans, le muscle releveur de l'anus. La base de cette pyramide confine à la peau ; le sommet est déterminé par la rencontre du releveur de l'anus et de l'obturateur interne. Les deux fosses ischio-rectales sont complètement séparées l'une de l'autre en avant ; mais, en arrière du conduit ano-rectal existe une communication, un trajet à concavité antérieure, que constitue uniquement du tissu cellulaire sous-cutané de texture assez lâche.

Au dessus de l'aponévrose des releveurs de l'anus, entre cette membrane et le péritoine, M. Richet a décrit, sous le nom d'espace pelvi-rectal supérieur, une cavité assez considérable, remplie, comme la fosse ischio-rectale, de tissu cellulo-adipeux.

HISTORIQUE

Les livres hippocratiques font déjà mention de la fistule à l'anus.

Pour les anciens, les opérations pratiquées sur la dernière portion du tube digestif étaient d'une innocuité parfaite. Aussi ne se gênaient-ils aucunement pour détruire par le feu et les caustiques les plus énergiques les bords calleux et les indurations des trajets fistuleux. Les hardiesses commises eurent un terme et nous voyons Celse et Avicenné préconiser, dans les cas sérieux de fistule, un simple traitement palliatif et se montrer les partisans convaincus de la ligature dans les cas légers. Guy de Chauliac ne traitait avec énergie que les fistules s'accompagnant de callosités. Aussi pendant longtemps, les chirurgiens considérèrent-ils la fistule à l'anus comme une redoutable affection, de curabilité problématique, et dont le traitement exposait à de fort sérieux dangers. Ces idées étaient universellement adoptées quand Louis XIV fut atteint de fistule anale.

« Quel que soit le service que ce monarque ait pu rendre à la France, disent spirituellement MM. Faure et Rieffel, dans le *Traité de Chirurgie* publié sous la direction de M. Duplay, il n'en est pas de plus grand ni de moins contestable que celui d'avoir eu sa fistule, et la maladie du Grand roi a été un bienfait pour l'humanité tout entière ». On expérimenta minutieusement les divers modes et ce ne fut qu'après de nombreuses expériences que la fistule royale fut incisée et le trajet cautérisé.

D'innombrables publications se sont succédé sur cette question pendant le cours des deux siècles derniers. Nous ne pouvons les citer ici. Mollière signale particulièrement un article sur la fistule à l'anus paru dans la *Bibliothèque chirurgicale* de Mauget sous la signature de René de Marchetti.

Il faut arriver au milieu de ce siècle pour voir Chassaignac, reprenant la question, émettre cette opinion, qu'en substituant « par une sorte de décortication » de la surface irrégulière et suppurante du trajet fistuleux, « une plaie à deux parois susceptibles de juxtaposer exactement, au moyen de la suture » on pourrait vraisemblablement « obtenir une réunion comme on le ferait pour une plaie simple. » Chassaignac appliqua ce principe en opérant un malade à l'hôpital Saint-Antoine le 24 avril 1852. Il ne nous indique rien de plus. (*Traité de l'écrasement linéaire* Paris 1856.

Plus tard, dans le *Dictionnaire Encyclopédique* (Article-Anus), il signale de nouveau ce procédé, mais en pré-

sence des graves complications de phlébite, d'érysipèle, de phlegmon, d'infection purulente, pouvant survenir à la suite, dit-il, il garde toutes ses préférences pour sa méthode d'écrasement linéaire.)

Le 12 juin 1886, Stephen Smith attire l'attention sur cette question (*Med. Record*, New-York). A la même époque M. V. Morini, à Rome et M. Ryndauski, en Russie, font des publications sur le même sujet.

La communication de M. Quénu à la Société de Chirurgie, sur la réunion primitive dans le traitement des fistules à l'anus, provoqua des discussions au cours desquelles M. Pozzi signala une opération faite par lui à peu près de la même façon, en 1880; M. Berger, en 1884, avait eu 2 succès sur 3 cas, et M. Terrillon, 1 succès; M. Segond, 1 insuccès par suite de débâcle. Cette question inspire la thèse de Longo (1887-1888). Le 17 mai 1888 dans la *Rev. gén. de Clin. et de Thérap.* M. Schwartz publie un article sur ce sujet; M. Cauchois, en 1888, fait une communication semblable à la *Soc. méd. de Rouen*. Depuis 1886, la méthode est appliquée par quelques chirurgiens, notamment par MM. Bazyet, Tuffier. En Amérique, Emmet, Weir, Chamberlain, Jenks, sont partisans de la méthode. Lange réclame, même pour lui, la priorité (*Annals of Surgery*, 1887). Suivant Allen (cité par M. Quénu), ce procédé y est constamment employé; c'est ce qu'affirme également le Dr Mitchell de New-York, dans le *Med. Record*, (6 mars 1889). Les thèses de Paris, de Surel et de

Legras, un travail de Llobet (de Buenos-Ayres), dans la *Revue de Chirurgie*, en 1892, sont à signaler. Citons encore parmi ceux qui ont étudié récemment la question, Thévenard (*Arch. gén. de Méd.* 1892), et surtout MM. Quénu et Hartmann (*Chirurgie du Rectum*).

DEFINITION

Tout trajet fistuleux situé au pourtour de l'extrémité inférieure du tube intestinal, communiquant ou non avec ce conduit et n'étant pas sous la dépendance d'une lésion des os ou de l'appareil génito-urinaire, est une fistule à l'anus.

Dans l'immense majorité des cas la fistule à l'anus succède à un abcès ; que cet abcès s'ouvre à la peau, ou en même temps à la peau et dans le rectum, il importe peu. Y a-t-il fistule dès que cet abcès s'est ouvert ? L'écoulement de pus par un orifice cutané doit-il faire affirmer de suite l'existence d'une fistule ? Assurément non. Pour qu'il y ait fistule, il faut que le processus réparateur qui tend à combler la cavité de l'abcès se soit arrêté dans une évolution, ne fasse plus aucun progrès. Quand le caractère d'acuité de l'abcès s'est éteint, que la poche s'est comblée en partie, que seul, persiste un conduit canaliculé donnant issue par un pertuis cutané ou cutanéomuqueux, à une quantité plus ou moins

abondante de liquide, séro-purulent, la fistule est constituée.

Les considérations anatomiques exposées brièvement plus haut, justifient amplement la division classique des fistules ano-rectales en fistules extra-sphinctériennes ou sus-sphinctériennes, et en fistules intra-sphinctériennes ou sous-sphinctériennes.

Les premières ont leur origine dans la fosse ischio-rectale, espace pelvi-rectal inférieur de Richet, et vont aboutir au-dessus du canal anal; les fistules de l'espace pelvi-rectal supérieur rentrent également dans cette catégorie.

Les fistules intra-sphinctériennes sont les fistules anales proprement dites; elles vont de la peau au canal anal sans dépasser la limite supérieure de ce canal. Il est des fistules qui dépassent la limite du sphincter, mais demeurent sous-muqueuses, le trajet passant entre la tunique musculaire de l'intestin et la muqueuse de ce conduit: elles sont sous-cutanéomuqueuses et peuvent remonter à une certaine hauteur. Elles sont aussi intra-sphinctériennes. On a proposé la dénomination de transsphinctériennes pour certaines fistules, très peu nombreuses d'ailleurs, qui, de la peau gagnent le rectum en passant à travers les fibres du sphincter.

Cette division des fistules est établie d'après les rapports anatomiques que présente le trajet fistuleux.

Une autre division, antérieure, basée sur la relation de la fistule avec l'anus et le rectum, considère des fistu-

les complètes et des fistules borgnes, internes ou externes.

La fistule anale complète se compose d'un trajet et de deux orifices : l'un de ces orifices s'ouvre à la peau, l'autre dans le conduit anal.

La fistule borgne externe n'a qu'un seul orifice, s'ouvrant uniquement à la peau : le trajet se termine en cul-de-sac.

Si le trajet ne s'ouvre que dans l'intestin, la fistule est borgne interne. Quant à la fréquence relative de ces variétés de fistules, il est fort difficile de la fixer : il faut que l'exploration ait été bien minutieuse, bien complète, pour que le chirurgien puisse affirmer, dans tous les cas, qu'il s'agit d'une fistule borgne externe et non d'une fistule complète. Sommes nous en possession de moyens tels que le diagnostic de la variété ne puisse être contesté ? Non. Que nous apprennent sur ce point les statistiques : elles se contredisent et ne permettent pas de conclure. Beck, sur 37 cas examinés par lui, (*Voir index bibliographique*), a observé 36 fistules complètes, 1 seule incomplète ; M. Quénu croit les fistules complètes plus fréquentes ; Greffrath, au contraire, sur 61 cas signale 18 fistules complètes contre 40 borgnes externes et 3 borgnes internes.

Quant à la fistule borgne interne, elle provient le plus habituellement de l'ouverture dans le rectum d'un petit abcès sous-muqueux. Pour Esmarch, c'est une ulcération de la muqueuse qui donnerait accès aux germes

infectieux et serait la cause primitive de l'abcès. Nous nous occupons plus loin de la pathogénie des fistules ; nous pouvons dire ici que le mode de formation invoqué par Esmarch est très controversé. L'orifice de cette fistule présente de grandes variations dans ses dimensions : parfois si petit qu'il est alors difficile de le découvrir, la destruction des parois du rectum a, dans d'autres cas, tellement agrandi cet orifice que l'extrémité du doigt explorateur peut y pénétrer. Cet orifice, ordinairement bas situé, donne accès dans un décollement sous-muqueux, se dirigeant vers l'anus, tout à fait irrégulier.

La fistule complète, intéressante à étudier, nous présente un orifice interne ou muqueux, un trajet, un orifice cutané.

Le trajet fistuleux est, en général, assez court. On a, assez souvent, une tendance à rechercher l'orifice interne beaucoup plus haut qu'il ne l'est. Ceci tient à ce que le décollement de la muqueuse remonte toujours à une certaine distance au-dessus du point où existe la perforation de cette membrane. Si, alors, le stylet engagé par l'orifice cutané, parcourt le trajet fistuleux dans sa longueur, il vient buter contre le cul-de-sac terminal, après avoir dépassé le niveau de l'orifice muqueux. Pour trouver cet orifice il faut introduire l'index gauche dans le rectum ; en se guidant sur lui pour ramener à soi le bec de la sonde on trouve l'orifice interne près de la marge de l'anus : à son niveau la muqueuse est amincie. Ce sont les recher-

ches de Ribes, (Mém. de la soc. méd. d'émulation, 1826, t. IX p. 85,) qui ont déterminé la situation de cet orifice interne : il est situé, en général, à quelques millimètres au-dessus du bord inférieur du sphincter, immédiatement au-dessus de l'endroit où la membrane interne du rectum s'unit à la peau, Ribes-Velpeau a confirmé ces conclusions.

On rencontre le plus souvent l'orifice cutané sur les côtés, plus rarement sur la ligne médiane postérieure. Le siège médian antérieur est beaucoup moins fréquent ainsi qu'en témoigne la statistique de Greffrath qui, sur 51 cas de fistules complètes ou borgnes internes, a trouvé 31 fois un siège latéral, 8 fois un siège médian postérieur, 2 fois un siège médian antérieur ; dans 9 cas les orifices étaient multiples.

La situation de cet orifice par rapport à l'anus est assez variable ; il n'en est le plus souvent qu'à 1 ou 2 centimètres ; Esmarch l'a vu siéger à 8 centimètres sur une des fesses, Tuttle sur la cuisse. Parfois cet orifice se cache dans l'un des plis rayonnés. Il est très petit et seul, un stylet de petit calibre peut s'y introduire : il surmonte un petit tubercule ou se cache au fond d'un sillon que la rétraction cicatricielle a causé. Quand cet orifice cutané de la fistule prend un aspect atone, que les bords en sont décollés, déchiquetés ou que la tumeur qu'il surmonte est violacée, molle mais plus dure à la périphérie, la fistule doit être fortement soupçonnée de nature tuberculeuse.

La démonstration anatomo-pathologique de la brièveté

du trajet des fistules anales sous-tégumentaires a été faite par Ribes et Velpeau les premiers.

Que le trajet soit court, cela n'implique pas la notion que la fistule à l'anus n'est qu'un simple trajet canaliculaire, à chaque extrémité duquel existe un orifice. Le trajet a ordinairement une direction tortueuse, et présente des étranglements et des dilatations dûs aux irrégularités de la cicatrisation de l'abcès qui a donné naissance à la fistule. Il existe, en général un ou plusieurs décollements plus ou moins étendus, s'étendant sous la muqueuse au-dessus de l'orifice interne.

Quelquefois le trajet n'est pas simple comme dans les fistules que nous avons eu en vue jusqu'alors. Un nombre assez considérable de fistules qui rentrent dans la catégorie des fistules simples, possèdent en avant et en dehors vers la fesse, des décollements cutanés. D'autre part, il peut exister de chaque côté de la ligne médiane, une fistule ordinaire.

La fistule mérite le nom de complexe quand l'exploration fait découvrir plusieurs orifices, que des trajets secondaires viennent se brancher sur le trajet principal. Il peut n'exister qu'un trajet et deux orifices, mais alors ces orifices sont d'un côté opposé de l'anus, la fistule circonscrit l'intestin. Que la fistule présente, au lieu d'un seul, deux orifices cutanés pour un orifice muqueux, et que les trajets aboutissant chacun à l'un des orifices cutanés se rencontrent au niveau de l'orifice interne ou un peu avant de l'atteindre, nous aurons une fistule com-

plexe dont la configuration sera celle d'un V ou d'un Y. Ces différentes formes de fistules sont étudiées, avec figures schématiques à l'appui, dans le *Traité de chirurgie du rectum* de MM. Quénu et Hartmann, ouvrage que nous avons consulté avec fruit.

Une fistule complète existait, à siège latéral, quand, par suite du réchauffement d'un des points du trajet, un second abcès s'est formé, puis ouvert secondairement à la peau, donnant lieu à un trajet fistuleux branché sur le premier: tel est le mode de formation habituel de ces fistules complexes.

Si l'abcès ainsi secondairement formé s'ouvre à la peau du côté opposé à la fistule primitive, après avoir contourné la commissure antérieure ou la commissure postérieure de l'anus, on a une forme de fistule en demi-cercle: elle possède un orifice muqueux et deux orifices cutanés c'est la fistule en fer à cheval des Anglais. Il peut exister un seul orifice cutané; dans ce cas, l'un des deux orifices cutanés s'est oblitéré une portion du trajet correspondant s'étant oblitérée par suite de l'issue totale du pus par l'orifice restant. Swinford Edwards, a publié dans *Brid. med. J.* 1887, une observation dans laquelle il existait pour un seul orifice cutané trois orifices muqueux. Il est de toute évidence que les fistules complexes, les fistules en fer à cheval en particulier, n'affectent pas un type uniforme. Le type le plus commun de ces dernières est celui dans lequel la fistule embrasse la commissure postérieure de l'anus. Ce sont

des fistules sous-tégumentaires, qui rentrent dans le cadre de notre étude, Certaines de ces fistules en fer à cheval peuvent être considérées comme des fistules ischio-rectales, elles sont extra-sphinctériennes.

Nous ne faisons que signaler l'existence de ces fistules complexes qui, par la multiplicité de leurs trajets, ont mérité le nom de rameuses et ont pu être comparées par quelques auteurs à une garenne de lapins. M. Quénu dans le « Traité de chirurgie du rectum a relaté les résultats de ses nombreuses recherches historiques sur la structure du trajet fistuleux; nous ne pouvons le suivre à notre grand regret; les détails dans lesquels il entre ne pouvant être rapportés dans une simple monographie.

Quand on examine un trajet fistuleux, enlevé sur un sujet non tuberculeux à une époque peu éloignée de l'ouverture de l'abcès, on voit que la structure du trajet fistuleux se rapproche de celle d'une paroi d'abcès, il n'y a pas de délimitation nette entre le tissu d'inflammation, la couche des granulations et les tissus environnants dans lesquels cependant du tissu fibreux apparaît: « A mesure que le trajet vieillit, la division en deux couches s'accroît et se précise: confondue à sa périphérie avec les tissus voisins, la couche fibreuse accuse sa limite externe. La couche interne offre la structure des bourgeons Charnus... les éléments cellulaires sont en dégénérescence granuleuse, les capillaires peu nombreux.

Sur 6 trajets fistuleux enlevés sur des sujets tubercu-

leux, l'examen a été négatif dans deux cas ; dans les quatre autres cas, la lésion locale revêt « nettement les caractères des lésions tuberculeuses », qu'il s'agisse d'infiltrations cellulaires diffuses avec cellules géantes ou de tuberculose nodulaire, « les cellules embryonnaires s'agglomérant en foyers arrondis autour d'un centre atteint de dégénérescence vitreuse et bordé de cellules épithélioïdes. »

Quant à savoir si les vieilles fistules anales renferment encore dans leurs parois des micro-organismes pathogènes, les recherches sont trop peu nombreuses pour qu'on puisse en déduire des conclusions fermes.

Schuchardt rapporte une observation de vieille fistule chronique dans les parois de laquelle le microscope fit reconnaître des granulations constituées par des cellules géantes, des cellules épithélioïdes et des bacilles de Koch.

Volkman, par des inoculations de particules enlevées à des trajets fistuleux suspects, dans la chambre antérieure de l'œil de lapin, démontra la nature tuberculeuse de ces fistules. Gangolphe et Francon inoculèrent de même des cobayes qui moururent porteurs de lésions de tuberculose généralisée.

Des inoculations aux cobayes, faites par M. Quénu avec le râclage des trajets tuberculeux, sont restées sans résultats. « Nos observations sont en trop petit nombre pour que nous puissions en inférer que la stérilité des vieux trajets fistuleux est un fait habituel, surtout si l'on envisage les fistules tuberculeuses. »

La caractéristique de la fistule à l'anüs est sa persistance, en quelque sorte illimitée, sans tendance aucune à la guérison. On cite quelques exemples de guérison spontanée : tels sont les cas de Pott, de Ribes, de Velpeau, d'Allingkam, de Bodenhamer ; mais on aurait tort d'escompter cette guérison spontanée. L'évolution des fistules est, en général, tout autre. Les trajets fistuleux soumis à d'incessantes inoculations subissent de temps à autre de véritables poussées inflammatoires ; de nouveaux abcès se forment, s'ouvrent, donnent naissance à de nouveaux trajets : la fistule, de simple qu'elle était, devient complexe. Parfois, des portions de trajets se ferment, se transforment en cordons fibreux. Les tissus qui confinent au trajet fistuleux subissent eux-mêmes des modifications de structure qu'il est facile de comprendre, englobés qu'ils sont peu à peu dans le tissu des granulations.

La fistule anale, nous l'avons dit, succède presque toujours à un abcès de la région. Quelles causes particulières peuvent bien empêcher la cicatrisation et la fermeture de cet abcès ? On en a invoqué de multiples : la présence de callosités, le défaut de fixité du rectum, les mouvements de contraction des sphincters et des releveurs, les alternatives de réplétion et de vacuité du rectum, le passage des gaz et des matières intestinales dans les fistules complexes, l'osmose des gaz dans les borgnes externes, l'influence d'un mauvais état général, le revêtement épithélial des orifices (il ne s'agit bien sou-

vent que d'une invagination de la peau dans le trajet). Pour les fistules ouvertes dans l'intestin, la non cicatrisation est évidemment causée par le contact incessant des liquides septiques avec le trajet de la fistule. On connaît l'intolérance absolue des tissus pour les corps infectés; rien de plus facile à comprendre, par conséquent, que cette pathogénie des fistules borgnes internes. La même explication est applicable à la pathogénie des fistules borgnes externes, sauf qu'ici le corps étranger infecté provient du trajet lui-même, qui se vide incomplètement par suite des anfractuosités qu'il présente. N'a-t-on pas vu ces fistules guérir parfois spontanément ou à la suite d'un simple pansement? Ne suffit-il pas, dans quelques cas, de régulariser le trajet, d'en supprimer les anfractuosités et de faire de l'asepsie relative par le grattage de la fistule, pour voir cette fistule se combler et disparaître.

La fistule à l'anus, nous l'avons dit, n'est le plus souvent que la suite d'un abcès mal ouvert, que ce soit la nature par un travail ulcératif spontané, que ce soit le bistouri du chirurgien qui ait provoqué cette ouverture.

C'est là, l'opinion la plus communément adoptée: la maladie débute par un foyer purulent primitif ouvert ultérieurement. Quelques chirurgiens ont soutenu que les ulcérations de la muqueuse intestinale jouaient dans la pathogénie contact de solutions de continuité de la muqueuse, les matières septiques intestinales provoquent

raient la formation d'un abcès, entraînant celle d'une fistule.

C'est là une pathogénie rare, soutenue par Koenig, dans son traité de pathologie clinique spéciale. M. Hartmann qui signale cette pathogénie comme exceptionnelle, serait plutôt tenté de considérer les ulcérations anales chez les fistuleux tuberculeux comme le résultat de l'abcès que comme son origine.

M. Duplay fait toutefois une exception pour les solutions de continuité survenant à la suite de la rupture d'un lobule hémorroïdaire enflammé, sans communication avec le système veineux ; ce doit être là une cause bien rare de fistule. Il est rare également qu'une fistule anale se soit développée consécutivement à un traumatisme du rectum, une perforation, par exemple ; toujours, dans ce cas, un abcès a suivi le traumatisme. Le professeur Verneuil a publié en 1886, dans la Gazette des Hôpitaux quatre observations de gemmes syphilitiques péri anales ayant donné naissance à des fistules. Francou, dans sa thèse, signale comme cause possible de fistule, l'inflammation ulcéreuse des « hernies tuniques » de Cruvilliers, diverticules de la muqueuse du rectum faisant hernie au travers des fibres musculaires intestinales. Les rectites, le rétrécissement du rectum, les corps étrangers, peuvent occasionner un abcès : ce sont donc des causes locales possibles des fistules.

Parmi les causes diathésiques, la tuberculose a une influence considérable, signalée par tous les auteurs.

Louis et Audral croyaient, à tort, à la rareté de la fistule à l'anūs chez les tuberculeux pulmonaires. Cripps estime de 10 à 15 pour 100 la proportion de fistules anales rencontrées chez des phthisiques ; pour Bodenhamer cette proportion est de 13 pour 100, pour Allingham de 14 pour 100 ; c'est également la proportion que trouve Greffrath. Sur 100 tuberculeux, Taylor, en 1890, trouve 1 fistuleux :

Douglas Powel et Hartmann rencontrent environ 5 fistuleux sur 100 tuberculeux. Si les abcès péri-anaux, donnant lieu à la formation de fistules, sont si fréquents chez les tuberculeux, c'est qu'ils proviennent d'une inoculation locale du bacille de Koch.

Le diabète favorise le développement de suppurations : il est une cause de fistule. Greffrath signale cette cause qui sur les 61 cas de sa statistique a provoqué deux fois une fistule.

Nous avons parlé déjà de la possibilité de voir des gemmes péri-anales syphilitiques se terminer par fistule. On peut en voir succéder à un abcès, provoqué par une rectite syphilitique.

Au nombre des autres causes générales, on a cité les fièvres éruptives, la fièvre typhoïde, etc.

Quant à la fréquence des fistules à l'anūs, elle est très considérable. Allingham, cité par M. Quénu, n'a-t-il pas noté sur 4000 cas d'affections ano-rectales, 1057 cas de fistules et 196 abcès « soit 196 autres fistules en perspectives ». L'homme est bien plus souvent atteint que la

femme, et c'est surtout à l'âge moyen de la vie que la fistule est fréquente. Nous avons parlé plus haut de la fréquence des fistules anales au point de vue de leur variété.

Nous avons vu que la fistule est constituée au moment où les signes d'inflammation locale ont disparu. L'affection évolue vers la chronicité; et, en général ne donne lieu qu'à des troubles de peu de gravité. La fistule est-elle borgne externe, le malade a souvent la tentation de se gratter, il éprouve des démangeaisons incommodes semblables à celles des hémorroïdaires, un sentiment d'humidité continuelle; le pus secrété, d'odeur assez forte, imprègne le linge, le fait adhérer à la peau, provoque des frottements pendant la marche de l'intertrigo, de l'érythème.

Ces inconvénients sont portés au minimum par les soins de propreté renouvelés : le malade à l'ennui de se garnir, et de veiller au libre écoulement du pus.

La fistule complète occasionne plus d'ennuis ; la suppuration est plus abondante, l'irritation autour de l'orifice cutané est plus vive ; le malade éprouve quelquefois des envies fréquentes d'aller à la selle ; dans le cas de diarrhée, les matières peuvent sortir par l'orifice externe de la fistule ; des gaz s'échappent involontairement, toutes ces incommodités, affectuent péniblement les fistuleux. Quelquefois des douleurs surviennent à la suite de petites poussées inflammatoires provoquées par l'insuffisance des soins de propreté, la fermeture momenta-

née et accidentelle du trajet ou toute autre cause. Un nouvel abcès peut se former, de nouveaux trajets fistuleux peuvent se brancher sur le trajet primitif, et les symptômes augmentent d'intensité et de gravité. Les douleurs sont parfois si intenses que les malades atteints de fistule redoutent la défécation ; ils ne se présentent que très rarement à la selle ; de là, constipation et divers troubles généraux tels que dyspepsie, céphalalgie, auxquels s'ajoutent quelquefois des douleurs au niveau du sacrum, dans les lombes, l'abdomen et les cuisses.

Les symptômes de la fistule borgne interne manquent de netteté ; ce sont, également, une sensation de plénitude au fondement, du pus recouvrant parfois les matières fécales, des envies fréquentes, quelquefois d'aller à la garde-robe, des douleurs plus ou moins vives.

Le récit que fait le malade des sensations qu'il éprouve dans la région anale, l'examen du linge et des excréta, les commémoratifs, tout cela permet de penser de suite à l'existence d'une fistule ano-rectale. L'issue des matières fécales ou de gaz suffit à poser un diagnostic certain, mais l'absence de cette constatation n'a aucune valeur comme signe diagnostique. Il faut en venir à l'examen direct, à l'exploration de visu et de tactu.

D'abord, quelle position fera-t-on prendre au malade ?

Le fera-t-on coucher à plat ventre sur le bord d'un lit un peu élevé, les jambes pendantes en dehors du lit ?

La position genre pectorale ? Ou bien, reposant sur le côté, la jambe correspondante allongée, fera-t-on relever

la fesse du côté sain par un aide ? Cette dernière position est quelquefois employée ; cependant elle est assez incommode et, les plis rayonnés de l'anús ne se trouvant qu'imparfaitement dépliés, l'orifice fistuleux, s'il est petit et situé au fond d'un sillon, peut passer inaperçu. La meilleure position pour une exploration consciencieuse est celle de la taille ; elle ne laisse échapper à la vue aucun détail de la région ; le malade est placé en travers de son lit, le bassin amené jusqu'au bord, le dépassant même un peu, les cuisses fléchies sur le bassin, les jambes fléchies sur les cuisses et modérément écartées. Quelquefois, l'état de tension des muscles fessiers, résultant de cette position, entrave légèrement la progression du stilet qui sonde et explore le trajet fistuleux ; il suffit pour voir disparaître cet inconvénient, de faire étendre quelque peu la jambe correspondante à la région explorée. Ceci dit, y a-t-il fistule ?

La seule inspection fera parfois découvrir soit au sommet d'un petit tubercule plus ou moins violacé, soit dans une dépression qu'efface la tension de la peau exercée avec la main, un orifice fistuleux siégeant au pourtour de l'anús. Cet orifice, s'il siége trop près de l'anús, ou s'il occupe une région par trop éloignée, la fesse, la cuisse par exemple, peut échapper à la vue. Dans tous les cas, l'index gauche étant introduit dans l'anús, on recherche à l'intérieur du canal anal l'existence d'une légère induration, circonscrite, d'une dépression ou d'une érosion de la muqueuse, ce qui serait l'indice d'un orifice fistu-

leux interne. Parfois, une légère pression de dedans en dehors à ce niveau fait sourdre par l'orifice cutané une goutte de pus ; si cette pression détermine, en un point toujours le même, une douleur locale, il faut explorer avec soin cette région, on y découvrira un orifice.

Armé d'un stylet moussé, d'une sonde flexible, le chirurgien explore le trajet en partant de l'orifice cutané ; l'instrument ne tarde pas à venir buter contre l'index gauche introduit dans le rectum ; on se rend fort bien compte de l'épaisseur de parties molles séparant le doigt rectal du bec de la sonde, des décollements de la muqueuse ; l'orifice interne, s'il existe, est bas, situé, on le trouve d'ordinaire assez facilement. Ce que nous avons dit précédemment des orifices cutanés et muqueux, du trajet fistuleux, nous dispensent d'insister. De ce qu'on ne trouve pas l'orifice interne, répétons qu'il ne faut pas en conclure à l'existence d'une fistule borgne externe. L'existence en un point de la muqueuse d'un amincissement de cette membrane doit attirer spécialement l'attention : l'ouverture muqueuse n'existe peut-être pas encore, elle ne tardera pas à se compléter. L'exploration au stylet suffit dans presque tous les cas ; néanmoins l'examen direct au moyen d'une valve peut assurer un diagnostic hésitant. On n'a guère recours aux injections de liquide coloré, de lait, par l'orifice cutané ; si ce liquide ressort par l'anus, l'existence d'une fistule complète est démontrée.

Le diagnostic des fistules borgnes externes et des fistu-

les complètes est relativement facile en comparaison avec celui des fistules borgnes internes ; ce dernier repose sur le fait bien constaté d'une émission intermittente de pus par l'anus. La présence d'une petite induration au pourtour de l'anus, la douleur provoquée par la pression en ce point, le reflux de pus à l'orifice anal juste au moment où cette pression est exercée, font soupçonner l'existence d'une fistule borgne interne. Le doigt introduit dans le rectum reconnaît une dépression, une fougosité saignant facilement à la pression, un orifice. Le doigt anal servant de guide, on peut, le plus souvent introduire dans l'intérieur de la fistule l'extrémité recourbée d'une sonde, ou l'extrémité mousse d'un trocart courbe qui vient soulever du côté des téguments le fond du cul-de-sac fistuleux. Dans un cas rapporté par les auteurs du traité de chirurgie du rectum, le trajet sous-muqueux intra anal aboutissait à un orifice situé au-dessus ; la fistule était « intra-anaie sous-muqueuse et complète ; c'était une fistule anale bi-muqueuse. »

Les fistules complexes sont difficiles à explorer à cause de la multiplicité des trajets qu'il faut sonder les uns après les autres : c'est surtout l'orifice muqueux qu'il importe de découvrir.

Nous parlerons un peu plus loin des fistules extra-sphinctériennes.

C'est alors à la détermination des causes de la fistule que le chirurgien doit donner toute son attention, si c'est un rétrécissement antérieur du rectum qui a été la

cause provocatrice de la fistule, si le rectum est atteint de cancer, le toucher rectal l'indique de suite. Il faut songer au diabète, à la syphilis, et rechercher soigneusement si les malades ont du sucre dans les urines, des traces d'éruption suspecte à la peau; on pensera surtout à la possibilité d'une tuberculose locale et on examinera avec soin tous les organes. Le malade est-il un tuberculeux avéré, la lésion locale, par cela seul, est suspecte. L'orifice externe de la fistule présente-t-il des bords ulcérés, décollés, amincis, comme usés, sans aucune tendance au bourgeonnement, à la cicatrisation? Cet orifice siège-t-il au sommet d'un petit tubercule violacé, ramolli au centre, dur périphériquement? Si cela est, la fistule est de nature tuberculeuse.

Quels sont les éléments qui permettent au chirurgien de ne pas confondre les fistules anales avec les trajets fistuleux qui se rencontrent le plus souvent au pourtour de l'anus? Quels sont les éléments du diagnostic différentiel avec les fistules de l'espace pelvi-rectal supérieur? M. Pozzi (dans sa thèse de Paris, 1873), a bien étudié ces fistules. L'écoulement purulent, généralement abondant, augmente de quantité à certains moments qui coïncident avec une aggravation des douleurs. L'exploration démontre la profondeur du trajet, sa direction parallèle au conduit ano-rectal ou même franchement divergente, la grande épaisseur de parties molles séparent le trajet fistuleux du conduit intestinal.

Parfois, l'exploration du trajet, conduit directement

du côté de la prostate, Le toucher rectal dénote une affection prostatique, presque toujours de nature tuberculeuse. L'origine vulvo-vaginale et compérienne de quelques fistules a été signalée.

Il s'agit d'une fistule urinaire quand le stylet introduit par l'orifice cutané se dirige vers la partie antérieure du périnée, que la fistule laisse suinter un liquide d'odeur urineuse augmentant de quantité au moment de la miction. De plus, la fistule urinaire coïncide ordinairement avec une maladie actuelle des voies urinaires ou du col vésical, si le diagnostic est hésitant, on peut donner au malade, comme le conseille M. Quénu, un peu de bleu de méthyle en capsule : moins d'une heure après, le liquide qui sort par la fistule est teinté en bleu s'il s'agit d'une fistule urinaire.

Le diagnostic des fistules ostéopathiques se confirme par l'exploration minutieuse de tous les points du squelette du bassin, par l'existence de points osseux douloureux, par la direction que prend le stylet explorateur, par l'abondance de la suppuration.

Attendre la guérison spontanée d'une fistule à l'anus serait une illusion impardonnable, étant donné ce que nous savons de l'évolution ultérieure de ces fistules, de leur persistance en quelque sorte illimitée, si l'on veut éviter les complications inhérentes à tout trajet qui suppure, le développement d'abcès à répétition, la transformation d'une fistule simple en fistule complexe il faut opérer et opérer le plus tôt possible.

Il est bien entendu qu'il s'agit de fistule constituée et non d'abcès encore en évolution.

« La gravité des fistules ano-rectales, dit M. Duplay, dans ses cliniques, est en rapport avec la nature de la lésion qui leur a donné naissance dès qu'il s'agit d'une fistule symptomatique et dans chaque cas, le pronostic est subordonné à celui de la lésion primitive. Pour les fistules idiopathiques, le pronostic varie suivant les conditions de simplicité ou de gravité des lésions locales. »

Il est évident que l'état général du sujet porteur de fistule ano-rectale doit entrer en ligne de compte au point de vue du pronostic surtout quand le sujet est très affaibli ou qu'il est atteint de lésions pulmonaires avancées.

Notre intention n'est pas de passer une revue complète et détaillée de tous les traitements tour à tour préconisés puis délaissés par les chirurgiens dans la cure des fistules à l'anus. Notre étude envisageant surtout les fistules les plus fréquemment rencontrées dans la pratique, les fistules sous-tégumentaires, intra-sphinctériennes, l'exposé de ces différentes méthodes appliquées à la cure des variétés que nous étudions en serait par cela même simplifié. Mais comme la chirurgie a à sa disposition une méthode simple, inoffensive, efficace, réussissant presque toujours l'incision, comportant des détails de technique variant suivant les chirurgiens, nous n'exposerons les autres méthodes que dans un intérêt historique.

Les onguents et les pommades portés dans le trajet

fistuleux furent en honneur jusqu'à Louis XIV. Leur peu d'efficacité explique leur complet discrédit.

Les caustiques sont abandonnés aujourd'hui. Ils ont joui longtemps d'une grande vogue. On touchait l'orifice interne avec l'Azotate d'argent ou le fer rouge. Dans le but de détruire le trajet on y introduisait des caustiques solides. Or, il est difficile de circonscrire leur action qui, de plus, est lente et incertaine. Par leur emploi on s'expose à détruire des parties saines qu'il eut fallu conserver; on a vu leur succéder des inflammations parfois dange-reuses, des phlegmons suivis de suppuration abondante, de décollements étendus. Les douleurs, à la suite de leur emploi, sont très vives. Gaujot, chirurgien du Val de Grâce a de nouveau, préconisé récemment l'introduction dans le trajet fistuleux d'une flèche de pâte de Canquoin.

La compression, qu'elle soit exercée de dehors en dedans ou de dedans en dehors, au moyen de tampons introduits dans le rectum, est universellement abandonnée comme méthode de traitement des fistules. Elle avait la prétention de rapprocher les parois opposées du trajet fistuleux et de favoriser leur décollement, son application est rapidement intolérable.

La méthode des injections iodées a été, de nos jours, proposée par Boinet.

On injecte tous les 5 à 6 jours une solution iodo-iodurée dans le trajet jusqu'à guérison; le contact de cette solution faite de 1 partie de teinture d'iode pour 2 parties d'eau, avec addition d'un peu d'iodure de potassium

et des parois de la fistule doit être prolongé plusieurs minutes. Ce procédé est fort long, fatigant; il n'entraîne aucune certitude de succès. Deplus le contact de la solution iodée avec la muqueuse rectale provoque un ténésme insupportable durant quelques heures. La guérison en est rarement obtenue.

Tout récemment, en Amérique, le traitement non opératoire des fistules a été préconisé par un certain nombre de médecins. Les uns, après avoir protégé la peau par une pommade, injectent dans la fistule une solution de peroxyde d'hydrogène; les autres se servent d'une solution concentrée d'acide phénique ou d'une solution à parties égales d'huile d'eucalyptus et de glycérine. Quelques uns font précéder l'injection d'un grattage ou d'une scarification de la fistule (D'après Andrens. *Rectal and anal Surgery*. Chicago, 1892. Cité par Quénu.) D'après le même auteur, Tuttle, dans les fistules sous-tégumentaires, commence par laver le trajet en y injectant une solution de sublimé corrosif à 1 pour 1000; puis il injecte parties égales d'acide phénique et de teinture d'iode ou une solution de nitrate d'argent à 10 pour 100 : il ajoute parfois la dilatation du sphincter et obtient de beaux succès en une douzaine de jours. M. Quénu serait partisan de ce mode de traitement pour les fistules borgnes externes ischio-rectales qui, pour une cause quelconque, ne pourraient être traitées par débridement large.

La ligature a cessé d'être un mode de traitement des fistules anales. Son action lente et inefficace, les dou-

leurs très vives qu'elle provoque, explique suffisamment l'abandon de cette méthode.

La ligature élastique n'a pas ces inconvénients. Nous en parlerons plus loin.

L'excision fut pendant longtemps en vogue. « Une sonde flexible ayant été introduite par l'orifice externe jusque dans le rectum, on rapproche les deux extrémités de cette sonde : soulevant ainsi la fistule, on excise toute la partie située en arrière. » (Duplay). C'est par suite des idées fausses qu'on s'était faites sur la nature des callosités, que la méthode avait joui de sa vogue. Le temps a fait justice de ces idées fausses et de la méthode de l'excision. Elle est très douloureuse; plus que toute autre elle est cause d'hémorrhagie, d'infection purulente, de suppuration prolongée et elle expose au rétrécissement de l'orifice anal et du rectum. Sur 113 cas opérés par cette méthode, de 1837 à 1841, il y eut 9 morts, c'est-à-dire 1 mort sur 13 opérés.

La méthode généralement employée aujourd'hui est l'incision. Quel que soit le procédé, la méthode consiste à fendre toutes les parties molles qui séparent le trajet de la cavité intestinale; elle transforme en une plaie ouverte, qui sera pansée à plat, une plaie canaliculée, anfractueuse. La cicatrisation s'effectue peu à peu par le mécanisme des plaies angulaires. C'est la méthode de choix pour le traitement des fistules sous-muqueuses intra-sphinctériennes. La réunion, dans les fistules les plus simples, est obtenue au bout de 40 à 45 jours; dans

quelques cas, la cicatrisation n'est terminée qu'au bout de plusieurs mois.

Nous ne parlerons du syringotome que pour mémoire. Cet instrument se composait d'un bistouri courbe en continuité avec un stylet ; on introduisait le stylet dans la fistule et le doigt gauche introduit dans le rectum le ramenait au dehors pendant que la main droite poussait le manche. Les tissus indurés des parois de la fistule étaient de la sorte sectionnés.

On peut avoir recours pour l'incision à l'écraseur linéaire de Chassaignac. On introduit dans le trajet fistuleux, par le moyen d'une sonde cannelée servant de guide, un fil d'argent recuit ou de plomb ; l'index gauche introduit dans le rectum, ramène au dehors ce fil qui va servir de conducteur à l'anse de caoutchouc ou de fil fort et ciré que l'on emploie pour conduire la chaîne de l'écraseur : l'appareil est mis en mouvement lentement pour éviter les chances d'hémorrhagie.

Un serre-nœud pourrait également servir pour l'incision. Mais on emploie d'ordinaire le bistouri ou le thermo-cautère.

« Le thermo-cautère présente l'avantage d'assurer l'hémostase et de réaliser en même temps une désinfection immédiate des tissus malades » (Duplay).

Que l'on opère avec le bistouri ou avec le thermo-cautère, voici la marche suivie pour l'opération : Le malade est purgé plusieurs jours à l'avance ; la veille on lui administre un grand lavement ; après avoir été

baigné, on rase la région et on pratique un nettoyage antiseptique aussi rigoureux que possible. On procède alors à l'anesthésie que l'on pousse aussi complètement que pour une longue opération abdominale. Il importe, en effet, que le sphincter reste dans un complet relâchement. On place le malade dans la position de la taille. Une sonde cannelée, petite, à bout arrondi, est introduite par l'orifice cutané dans le trajet qu'elle suit jusqu'au rectum. Si la fistule est borgne externe on la complète. L'index gauche introduit dans le rectum reçoit l'extrémité de la sonde et l'empêche de blesser la paroi opposée du rectum ; il la ramène au dehors. On charge ainsi, en quelque sorte, le trajet fistuleux sur la sonde cannelée ; on fend au bistouri ou au thermo-cautère toutes les parties molles ainsi soulevées et tendues. On explore tous les décollements sous-muqueux et on les sectionne d'un coup de ciseaux. Le pansement consécutif est simple : on panse la plaie à plat avec de la gaze iodoformée, recouverte de ouate hydrophile, le tout maintenu par un bandage en T. On ne touche pas pendant plusieurs jours à la gaze iodoformée en contact avec la plaie. Le régime durant les premiers jours ne se composera que de lait, de bouillon, d'œufs. On constipera le malade pendant quelques jours avec 2 ou 3 pilules d'extrait thébaïque de deux centigrammes chacune. Les premières selles seront rendues plus faciles par des lavements glycélinés. Le pansement doit être renouvelé journellement. La cicatrisation se fait du fond de la plaie

à la surface; elle marche régulièrement et ne doit pas former de culs-de-sac aux angles de l'incision. Le malade devra rester une quinzaine de jours au lit. Vers le 20^e jour, il peut se lever. Il est évident que le chirurgien doit opérer dans un milieu aseptique et qu'il emploiera toutes les précautions antiseptiques de rigueur. Comme il s'agit ici de décollements purement sous-muqueux, il ne peut être question d'hémorrhagie, qui du reste serait facilement arrêtée.

Qu'il s'agisse de fistule complète ou de fistule borgne externe, la règle de conduite à suivre est la même; dans ce dernier cas, nous l'avons dit, on complète la fistule. S'il s'agit d'une fistule borgne interne, on fait saillir la peau par le moyen d'une sonde introduite dans le trajet fistuleux par l'orifice muqueux, et on incise les téguments sur l'extrémité de la sonde.

Comment intervient-on dans les fistules complètes, à trajet multiples. Le traitement est celui que nous venons d'indiquer; on sectionne les trajets en commençant par celui de la fistule complète. Le but à atteindre est de transformer en une plaie simple, les nombreux trajets canaliculés de la fistule.

L'opération telle que nous venons d'en exposer la technique opératoire a été modifiée dans le but de remédier surtout à la longue durée de la cicatrisation. Les moindres fistules, en effet, traitées par l'incision pratiquée ainsi, demandent 5 à 6 semaines pour se cicatriser; une période de 2 mois est un terme moyen qui est assez

souvent dépassé. On a invoqué diverses causes pour expliquer ce retard apporté dans la cicatrisation : l'état général peut être incriminé, mais pas toujours ; la circulation locale est défectueuse bien souvent, La véritable raison doit être attribuée à la contamination sans cesse renouvelée de la plaie opératoire par les liquides et les matières septiques qui viennent de l'intestin : chaque jour, au surplus, la plaie est dérangée de son immobilité et subit des frottements de la part des matières fécales. Francou, élève du professeur Tripier, expose dans sa thèse un procédé ayant pour but de remédier à la contamination de la plaie par les liquides septiques de l'intestin. Il introduit dans le rectum un gros tube de caoutchouc pour l'écoulement des liquides intestinaux. Ce tube, débouchant par l'anus, est entouré de gaze antiseptique qui fait fonction de pansement du côté de la partie viscérale de la plaie. Les parois du canal anal sont de la sorte isolées. Le reste de la plaie et le pourtour de l'anus sont revêtus d'un pansement large et épais de gaze et d'ouate, en dehors duquel débouche le tube de caoutchouc. Le traitement dure 15 à 20 jours. Mais la gaze est vite imbibée par les liquides septiques, et la plaie se contamine secondairement.

Le procédé du chirurgien américain Smith marque un progrès. Dans le traitement de la fistule anale. L'opération se compose de deux temps ; avivement et suture précédée et entourée de précautions antiseptiques. On incise tous les trajets, tous les décollements, on dissè-

que et on curette les tissus malades. Si le trajet est unique, la plaie est simple, facile à affronter. On emploie deux plans de sutures : les sutures muqueuses sont faites au catgut, en surjet et n'embrassent que l'épaisseur de la muqueuse, d'où l'existence, en dessous puisque ces sutures ne comprennent pas le trajet avivé, d'un « espace mort », où l'on est obligé de poser un drain. La suture cutanée est incomplètement fermée pour laisser sortir le drain. Dans le cas de fistule compliquée, pour combler, en partie, le vide causé par l'excision des tissus, deux étages de sutures sont appliquées : un étage profond autour du trajet, un étage superficiel comprenant la muqueuse; toujours un drain était posé. Suivant l'expression de M. Pierre Delbet, Smith remplaçait la fistule ancienne par une fistule plus propre, qu'on laisse se fermer seul de la profondeur à la surface,

La société de chirurgie reçut en 1887 la communication de M. Quénu. Le premier, en France, il exposait le procédé de la réunion primitive dans le traitement des fistules à l'anus. Ce qui est nouveau et essentiel dans ce procédé, c'est la préparation pendant la semaine qui précède l'opération, d'un rectum aussi aseptique que possible : c'est, surtout, le mode de sutures profondes réalisant l'adossement exact des surfaces avivées, supprimant ainsi l'espace mort sous muqueux obtenu par l'emploi du procédé de Smith. Pour obtenir un adossement parfait des surfaces « il suffit de conduire son aiguille dans un plan parallèle et sous-jacent à la surface cruentée :

piquée à 3 ou 4 millimètres du bord de la plaie, l'aiguille s'enfonce sous la plaie et ressort à travers l'autre lèvre, sans s'être montrée. » Les sutures sont appliquées de haut en bas, les muqueuses sont faites au catgut n° 2, les cutanées, aux fils d'argent.

Pendant une semaine, le malade prend uniquement du lait, du bouillon. L'extrait thébaïque lui est administré à dose suffisante pour le constiper. Le 9^e jour, on enlève les fils cutanés ; un lavement glycérimé facilite la première garde-robe. Quelques tampons de ouate iodoformée introduits dans le rectum pendant l'opération, et laissés jusqu'à la première selle, protègent la plaie contre la contamination possible par des mucosités rectales.

Nous allons maintenant exposer le procédé opératoire par l'excision du trajet fistuleux et la suture que nous avons vu pratiquer maintes fois dans le service de M. le professeur Duplay à l'Hôtel Dieu. Les malades dont nous rapportons les observations plus loin, ont été opérés de leurs fistules par ce procédé, et furent tous guéris de leur affection dans un laps de temps variant de 10 à 14 jours sans récidive.

Le traitement comprend trois temps, un traitement pré-opératoire, l'opération proprement dite, un traitement post-opératoire.

Voici comment l'on doit préparer les malades à l'opération.

Pendant 4 ou 5 jours le malade ne se nourrira que de lait et d'œufs. Chaque jour il prendra le matin, 15 gram-

mes de sulfate de soude, et dans le but de pratiquer une antiseptie aussi rigoureuse que possible du tube intestinal et de son contenu, le malade prendra dans le courant de la journée, à trois ou quatre reprises différentes des cachets contenant chacun :

Benzo-naphtol.....	} aa 0 gr. 75
Bicarbonate de soude	

La veille de l'opération on n'administre, en fait de substances médicamenteuses, que 2 ou 3 pilules d'opium de 0 gr. 05 chacune, dans le but de constiper le malade et d'éviter, autant que possible, une débâcle pendant l'opération. On lui donne, le matin et le soir, un grand lavement, que l'on répète le matin même de l'opération.

Il faut appliquer à l'opération elle-même les règles d'une aseptie et d'une antiseptie rigoureuse, la région n'étant rien moins que septique.

Un aide rase les poils de la région ; on lave au savon et au sublimé à 1 p. 1.000 cette même région. Le malade a été chloroformisé avant d'être transporté dans la salle d'opération ; l'anesthésie est poussée complètement. Le malade est dans le décubitus dorsal, les fesses débordent légèrement le bord de la table d'opération, les cuisses, maintenues par deux aides, sont écartées l'une de l'autre, fléchies sur le bassin, les jambes fléchies elles-mêmes sur les cuisses.

Il est évident que les mains de l'opérateur et de l'aide,

car un seul aide est nécessaire, indépendamment de celui qui donne le chloroforme, que les instruments, les objets de pansement sont désinfectés d'après le mode ordinaire. Comme instruments, il faut avoir à sa disposition un speculum vaste de Trélat, une valve de Sims, des bistouris qui coupent, de forts ciseaux, une curette de Volkmann, une sonde cannelée forte, des pinces hémostatiques, du fil d'argent gros et d'autre un peu plus fin pour les sutures superficielles, des aiguilles courbes, du catgut n° 2; et des aiguilles de Reverdin, pour les sutures muqueuses.

On nettoie l'ampoule rectale, préalablement mise en large communication avec l'extérieur, par l'introduction dans le rectum du speculum de Trélat. On fait arriver dans le rectum une solution de sublimé à 1 p. 5.000, sous une certaine pression; on frictionne vigoureusement toute la surface de la muqueuse ano-rectale. On obtient de la sorte une antisepsie rigoureuse.

Les mains du chirurgien étant aseptiques, le champ opératoire délimité et protégé par de larges compresses aseptisées, on procède à l'opération.

La sonde cannelée introduite dans l'orifice cutané de la fistule, parcourt toute la longueur du trajet et ressort par l'orifice muqueux; si la fistule est borgne externe, on la complète en perforant la muqueuse avec le bec de la sonde. S'il existe un décollement sous-muqueux à la partie supérieure du trajet, la sonde cannelée doit parcourir ce décollement et ressortir dans le rectum en

perforant la muqueuse à la partie supérieure de ce décollement. Le bec de la sonde est ramené à l'extérieur par l'orifice anal. On a ainsi, chargé sur la sonde, le trajet fistuleux entier. Il ne reste plus qu'à inciser les tissus ainsi chargés sur la sonde. Sur chacune des lèvres de la plaie on place une pince à griffes et on dissèque le trajet, en taillant un peu dans les tissus sains. L'opération ne donne lieu qu'à un écoulement fort modéré de sang, eût-on intéressé dans la section des tissus une ampoule variqueuse ; parfois, il est nécessaire de lier un vaisseau ; le plus souvent, une pince à forcepression suffit à arrêter l'écoulement.

S'il y a des trajets multiples, des orifices cutanés multiples, on introduit la sonde cannelée par chacun des orifices cutanés successivement et on pratique l'excision des trajets en suivant la même méthode que celle que nous venons d'indiquer. On commencera par le trajet qui semblera le plus élevé ; il faut avoir soin de n'oublier aucun diverticule, aucun décollement. Tous doivent être incisés, puis excisés. Il faut exciser les tissus indurés partout où on les rencontre, la non-récidive n'étant obtenue qu'à ce prix. Quand l'opération est bien complète, la récurrence est exceptionnelle.

Si, en excisant un trajet haut situé, on se trouve dans l'obligation de sectionner une partie du sphincter ou même le sphincter entier, il ne faut pas hésiter : cette section ne constitue pas une complication, on le reconstitue facilement par la suture.

Lorsque les décollements sont mal limités, qu'il existe de nombreux clapiers, on gratte énergiquement tous les tissus suspects à la curette de Volkmann.

Le trajet est excisé ; la plaie opératoire est le plus souvent plate, semblant se continuer directement avec les parois du canal anal, que distend la valve de Sims.

Parfois, la plaie revêt l'apparence de gradins : elle offre une surface en escalier.

Comment suture-t-on la plaie ? La suture sera double : il y aura une suture muqueuse et une suture cutanée. La suture cutanée peut être à deux étages ; les sutures profondes sont les seules qui soient indispensables, elles sont à fil caché, passent sous la surface cruentée ; les sutures superficielles complètent l'affrontement exact des lèvres de la plaie.

Les sutures muqueuses se font avec du catgut n° 2. On commence à suturer la muqueuse par l'extrémité supérieure de la solution de continuité. On enfonce l'aiguille dans la muqueuse, à 3 millimètres du bord de la plaie, et on l'enfonce sous les tissus parallèlement à la ligne d'incision ; on la fait ressortir au point symétriquement placé de l'autre bord. On n'aperçoit l'aiguille, à aucun moment de la suture, au fond de la plaie. Une distance de 5 à 6 millimètres sépare chaque point de suture, le premier étant placé au-dessus de l'incision. Les fils sont noués et serrés d'une façon modérée ; il est bien entendu qu'on adosse parfaitement les surfaces cruentées. On peut employer, pour la suture de la mu-

queuse, la suture à double étage ; dans ce cas, on place un premier plan de sutures profondes, puis, entre elles, quelques points de suture superficiels.

Pour la suture cutanée on se sert de fils d'argent, un peu gros pour les sutures profondes, plus fin pour les sutures superficielles. L'aiguille à chas fixe traverse la peau à 1 centimètre ou 1 centimètre et demi d'une lèvre de la plaie et ressort du côté opposé, en un point symétriquement placé ; la suture profonde comprend toute l'épaisseur des lèvres de la plaie. Chaque point de suture est situé à 1 centimètre environ du suivant. Entre les points de suture profonds on fait, avec le fil d'argent fin, des points de suture superficiels. Les fils d'argent sont assez étroitement serrés ; il faut avoir soin de placer le point de torsion en dehors de la ligne d'incision des tissus, à 1 millimètre environ de cette ligne.

La suture muqueuse est saupoudrée d'iodoforme. Il vaut mieux n'introduire dans l'an us ni tampon ni mèche, dans la crainte que des épreintes, provoquées par ces corps étrangers, ne viennent compromettre la réunion primitive.

La plaie cutanée est saupoudrée d'iodoforme, recouverte de gaze iodoformée, d'une couche d'ouate hydrophile aseptique et d'ouate ordinaire. Un bandage en T maintient le pansement. Les jambes doivent être maintenues rapprochées l'une de l'autre ; une serviette, une écharpe remplissent parfaitement ce but.

Durant quelques jours, à la suite de l'opération, le

malade ne prendra comme alimentation, que du lait, du bouillon, des œufs. On lui donne quelques pilules d'opium pour le constiper : 10 centigrammes par jour sont ordinairement suffisants. Une débâcle, les premiers jours, serait très fâcheuse et la réunion primitive gravement compromise. Il est à noter qu'on observe assez fréquemment, à la suite de l'opération, une rétention d'urine passagère ; on pratiquera le cathétérisme s'il en est besoin ; la miction redevient rapidement normale.

Les fils d'argent sont enlevés le neuvième jour. On fera aller le malade à la garde-robe en lui donnant un purgatif, 30 grammes d'huile de ricin, par exemple ; on aidera l'effet du purgatif par un lavement glycériné qui ramollira les matières durcies. On évite ainsi de désunir la ligne de réunion muqueuse par de trop forts tiraillements.

Nous n'avons pas vu survenir d'hémorrhagie. Il pourrait se faire que la plaie s'infecte, et qu'il survienne, à la suite, un phlegmon. Cet accident est grave et ne pourra provenir que du défaut, du manque de soins antiseptiques. Nous ne l'avons pas vu survenir. Dans ce cas, il ne faut pas hésiter : il faut faire sauter les points de suture et traiter la plaie comme toute plaie qui suppure. On pansera à plat, avec une antiseptie rigoureuse.

Monsieur Pierre Delbet a opéré, par ce procédé, à l'Hôtel-Dieu, en 1892, neuf fistules intra-sphinctériennes à trajets simples et compliqués. Il a enregistré huit succès, un seul échec.

Dans un espace de deux mois, du 10 novembre 1898 au 16 janvier 1899 nous avons été à même d'observer cinq malades porteurs de fistules à l'anus intra-sphinctériennes. Toutes ont été opérées dans le service de Monsieur le Professeur Duplay. Toutes ont été suivies de guérison radicale. On ne saurait fournir de meilleure preuve de l'excellence de la méthode. Voici les observations de ces malades que nous avons pu prendre grâce à l'obligeance de notre ami dévoué, M. Ménier, alors interne de Monsieur le Professeur Duplay

OBSERVATION I. — (Personnelle)

Service de M. le professeur Duplay. Hôtel-Dieu.

F... Léon, 31 ans, typographe, entré salle saint-Landry, le 10 Novembre 1898. Opéré le 15 novembre. Sorti guéri le 25 novembre 1898.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'affection cancéreuse ?

Mère bien portante.

Antécédents personnels. — Nuls.

Ni la percussion ni l'auscultation ne révèlent de lésions des organes thoraciques.

Il y a trois mois en août, 1898 à la suite, dit-il de fatigues répétées, F... constata la présence, au pourtour de l'anus, à 2 centimètres environ, à droite et en avant de la ligne transversale passant par cet orifice, d'un petit bouton, d'une « callosité » ça le gênait un peu pour la marche, d'autant plus que portant un pantalon très étroit, il y avait dans cette région des frottements répétés. Cette gêne persista environ 3 semaines : l'abcès qui s'était développé peu à peu, s'ouvrit de lui-même.

De suite, les douleurs, la gêne disparaurent; aucune douleur en allant à la garde-robe. Cependant l'abcès ne tend pas à la cicatrisation; chaque jour le linge du malade est taché de pus. Le malade fort ennuyé de la persistance de cet écoulement purulent vient à la consultation; on lui confirme l'existence d'une fistule: il est admis le jour même, 10 novembre, salle Landry.

L'exploration au stylet montre que le trajet est simple; la fistule est complète, sous sphinctérienne. L'index gauche introduit dans le rectum sent, à nu, le bec de la sonde à 1 cm. 1/2 environ au-dessus de l'orifice externe du canal anal.

Opération le 15 Novembre.

Incision au bistouri de tout le trajet fistuleux.

Réunion par première intention: catgut et fils d'argent.

Les jours suivants, le malade est constipé au moyen de deux pilules d'opium à 0gr.05. Alimentation liquide.

La température reste normale.

On enlève les fils le 23 novembre.

Il sort guéri le 25 novembre.

Il revient le 2 décembre. Il existe à l'extrémité antérieure de sa cicatrice cutanée un petit bourgeon charnu. Attouchement à la teinture d'iode. Pansement à la ouate iodoformée.

On lui recommande de prendre un peu de repos. Le malade n'est plus revenu.

OBSERVATION II (personnelle).

Service de M. le professeur Duplay. Hôtel-Dieu.

T... Georges, employé de commerce, 24 ans, entré salle Saint-Landry, le 17 novembre 1898, lit 41. Opéré le 26 novembre; sorti guéri le 9 décembre.

Antécédents héréditaires. Père jouissant d'une santé médiocre. C'est un « tousseur ». Mère morte d'affection indéterminée. Une sœur bien portante.

Antécédents personnels. N'accuse aucune maladie.

Il porte à l'angle de la mâchoire à droite, une cicatrice, suite d'incision d'un abcès ganglionnaire. De chaque côté du cou, chaînes de ganglions petits et durs.

Les poumons semblent normaux.

Hémorroïdes externes, peu volumineuses.

Vers le 10 novembre 1898, il s'aperçoit de la formation, à la marge de l'anus, d'un petit abcès, survenu insidieusement sans douleur aucune.

L'abcès siège à droite.

Venu à la consultation de l'Hôtel-Dieu, il est admis salle Saint-Landry le 17 novembre.

Le 18 novembre, incision de l'abcès.

Il persiste un trajet fistuleux que l'on opère le 26 novembre par l'excision. Il s'agissait d'une fistule borgne externe, sous-sphinctérienne,

Sutures aux fils d'argent. Réunion par première intention.

Suites opératoires simples. Le 3 décembre, on coupe les fils. Le malade sort guéri le 9 décembre.

OBSERVATION III. — (Personnelle).

Service de M. le Professeur Duplay.

B... Jean, 46 ans. Apprêteur. Entré salle Saint-Landry, lit 46, le 18 novembre 1898. Opéré le 26 novembre, sorti guéri le 10 décembre.

Il s'est aperçu, il y a environ 4 mois, de la formation d'une petite excroissance à la marge de l'anus, à droite. Il ne ressent aucune douleur; il n'en éprouve qu'un peu de gêne à la marche.

Vers le 12 novembre est survenu à gauche, tout près de la marge de l'anus, un abcès qui grossit assez rapidement et qui bientôt empêcha le malade de marcher, il garda alors le lit; les moindres mouvements provoquaient des douleurs très vives. Ce deuxième abcès s'ouvrit spontanément le 18 novembre donnant issue à une quantité de pus assez notable.

Opération par excision suivie de suture aux fils d'argent le 26

novembre. Il s'agissait d'une fistule en fer à cheval, sous-sphinctérienne, à convexité antérieure.

On retire les fils le 6 décembre ; et le 10 décembre le malade quitte l'hôpital, complètement guéri.

OBSERVATION IV. (Personnelle)

• (Service de M. le Professeur Duplay, Hôtel-Dieu)

R... Paul, 16 ans 1/2. Chauffeur. Entré salle Saint-Landry, le 24 décembre 1898. Lit 52. Opéré le 30 décembre, sorti guéri, le 11 janvier 1899.

Antécédents héréditaires. Parents bien portants ainsi que ses deux sœurs.

Antécédents personnels. Bien portant jusqu'en juillet 1898.

A cette époque il a pris froid à la suite d'un bain : bronchite intense. Une seule fois ses crachats se montrèrent striés de sang. Cette bronchite a persisté jusqu'en octobre. Venu à la consultation de l'Hôtel-Dieu vers cette dernière époque, il a été admis à l'Hôpital Annexe. Il toussait et crachait beaucoup. On lui a administré de l'huile de foie de morue. Il tousse et crache encore et continue à prendre de l'Emulsion Scott.

Vers le 20 octobre, il ressentit en allant à la selle, comme des piqûres au fondement, lui occasionnant quelques douleurs. Il quitte l'Annexe le 28 octobre et s'empresse de revenir à la consultation où l'on diagnostique un abcès de la marge de l'anus.

8 jours après (3 novembre) on ouvre cet abcès : il revenait se faire panser tous les jours à la consultation. L'abcès ne se cicatrise pas, il reste un trajet fistuleux.

Le 26 novembre, il est opéré à la consultation ; on fait l'anesthésie locale à la cocaïne, on débride le trajet et on le cautérise thermo-cautère. Pansement.

Non guérison de la fistule qui continue à sécréter du muco-pus. Il demeure en cet état jusqu'au 22 décembre.

A cette date, il sollicite son entrée à l'hôpital et est admis en

médecine salle Saint-Cosme. Deux jours après, il passe en chirurgie, salle Saint-Landry.

Il est opéré le 26 décembre par M. Ménier, interne du service. La fistule était complète, sous-sphinctérienne. Excisions du trajet et sutures aux fils d'argent.

Il sort le 11 janvier. Il ne reste qu'un petit bourgeon à l'un des angles de la plaie. On le touche à la teinture d'iode, pansement iodoformé. Le malade ne revient plus.

OBSERVATION V. — (Personnelle).

Service de M. le Professeur Duplay.

L.... Charles, garçon marchand de volailles.

Entré le 5 janvier 1899, salle Saint-Landry, lit n° 26. Opéré le 6 janvier. Sorti guéri le 16 janvier.

Antécédents héréditaires. — Père mort accidentellement. Mère morte de congestion cérébrale.

Antécédents personnels. — Nuls.

Le 23 décembre 1898, s'est aperçu de la présence d'un petit bouton à la marge de l'anus. Douleurs. L'abcès augmenta de volume; les douleurs furent si vives que la marche en était devenue impossible. Les moindres mouvements au lit le faisaient beaucoup souffrir. Il vient le 24 à la consultation de l'Hôtel-Dieu.

Incision de l'abcès: il ne sort qu'un peu de pus mélangé à du sang.

Pansements tous les jours, mèche.

Persistance d'une fistule. Le 5 janvier, l'assistant de la consultation veut l'opérer au thermo-cautère. Etant seul chez lui, le malade préfère entrer à l'hôpital. On le reçoit le même jour, salle Saint-Landry. Opéré par l'excision le 6 janvier, sa température est normale. Le 14 janvier on retire les fils. Il sort complètement guéri le 16 janvier.

INDICATIONS. — DISCUSSION

Les indications opératoires ressortent d'elles-mêmes de l'étude à laquelle nous venons de nous livrer. Peut-on laisser persister impunément une fistule, un temps indéfini ? Non assurément, puisque, à la longue, le trajet fistuleux s'ulcère sur tel ou tel point de sa longueur ; puis-que, de la sorte, de nouveaux abcès se forment, de nouveaux décollements surviennent. La fistule, simple au début, devient complexe. L'opération, faite de bonne heure, eût évité au patient les multiples désagréments qui accompagnent de telles fistules. Chez certains sujets qui sont dans un état parfois inquiétant de débilité, les ravages que peut causer dans l'excavation du bassin une fistule qui eût été primitivement très facile à guérir, sont trop connus pour que nous n'insistions pas, avec tous les auteurs, pour engager vivement les malades atteints de fistule à l'anüs à se faire opérer le plus tôt possible. Grâce à l'antisepsie rigoureuse à laquelle le chirurgien s'astreint, grâce aux traitements pré-opératoire

et post-opératoire, la récurrence est exceptionnelle ; la réussite de l'opération doit être la règle. Evidemment nous ne prétendons pas que par l'excision du trajet fistuleux, suivie de la suture, on ne verra plus désormais le traitement échouer ; l'opération est délicate, il faut s'en-tourer de précautions antiseptiques minutieuses. Une seule faute commise pendant, avant ou après l'opération peut faire obstacle à la réunion primitive et faire échouer l'opération. Il faut de la part du malade une certaine patience pour supporter la diète sévère qui lui est imposée.

Y a-t-il contre-indication à l'opération chez les sujets atteints de tuberculose pulmonaire ?

La guérison d'une fistule à l'anus chez un sujet tuberculeux peut-elle activer l'évolution de la tuberculisation pulmonaire ?

On croyait autrefois que la fistule à l'anus chez un phtisique était un révulsif, une sorte d'émonctoire naturel et qu'il fallait bien se garder d'y toucher. On ne peut plus aujourd'hui soutenir de telles idées. Cette théorie ne tend à rien moins qu'à la prohibition absolue de toute intervention chirurgicale s'adressant à une suppuration tuberculeuse quelconque.

Nous avons suffisamment insisté dans le courant de notre étude sur la nécessité de tarir un écoulement purulent qui est parfois considérable, de supprimer la rétention de liquides septiques dans l'économie, pour insister à nouveau ici.

Peut-on suivre l'opinion de ceux qui pensent que l'opération à la généralisation du bacille : des hémioptysies auraient été observées à la suite de l'opération ?

Il est évident que le sujet porteur de lésions avancées de tuberculose pulmonaire, ne pourra pas supporter l'ébranlement que produit toute opération importante, qui use la résistance du sujet. Chez eux on se bornera à assurer l'écoulement des liquides, à supprimer la rétention du pus. Ce sont les lésions pulmonaires qui doivent guider le chirurgien dans sa décision d'opérer ou non. Chaque fois qu'il ne craindra pas l'épuisement provoqué par l'opération, il opérera. En employant l'excision des trajets, en poursuivant et en détruisant les fougosités tuberculeuses, partout le traitement sera efficace.

« La seule contre-indication opératoire est relative aux fistules qui pour une raison ou pour une autre sont passées à l'état d'inflammation aiguë, car l'insuccès serait certain. Il faut se borner à pratiquer de larges débridements et attendre pour l'opération que la cavité des abcès diminue et que la formation des trajets nouveaux soit terminée » (Duplay).

La méthode de cure rapide par l'excision et la suture n'est pas acceptée par tous les chirurgiens. « L'excision est une excellente méthode quand elle est applicable; or, elle ne convient évidemment qu'aux fistules peu profondes et simples, ou avec des diverticules peu étendus » (Traité de chirurgie, t. VIII, M. Potherat).

Les auteurs du traité de thérapeutique chirurgicale

disent (tome II, page 757) : « Dans le cas de fistules inférieures simples et directes, la suture s'impose : elle permettra la réunion immédiate ; en 10 ou 12 jours nous guérissons maintenant ces malades au lieu de prolonger pendant un mois et au-delà la lente cicatrisation par granulation. »

M. Quénu réserve la suture aux cas simples. Il ajoute que chez les tuberculeux avancés, qui ont plutôt un abcès qu'une fistule, ou chez les fistuleux porteurs de décollements étendus, de trajets ou orifices multiples, on doit opérer au thermo-cautère.

« Pour les fistules remontant à une faible hauteur, après section du trajet suivie d'un curage minutieux, on a essayé de faire la réunion immédiate. On peut ainsi obtenir des succès. Mais en raison des conditions de septicité dans lesquelles on opère, malgré la désinfection locale la plus soignée, les résultats sont d'ordinaire très aléatoires et peuvent même aboutir à des mécomptes. » (Duplay, Cliniques Chirurgicales, Hôtel-Dieu, 2^e série).

Presque toutes les fistules anales inflammatoires simples ou tuberculeuses seront traitées par la réunion immédiate, exception faite pour les énormes délabrements envahissant tout le pourtour du rectum, puisque dans ces cas, il ne reste aucun point d'appui pour les sutures. Quant aux fistules tuberculeuses « nos connaissances actuelles nous ont appris qu'il y a avantage à attaquer un foyer de tuberculose localisée et que si l'on

arrive à le détruire-complètement, on peut retarder, dit M. Potherat, pour longtemps et même, à tout jamais, l'éclosion d'une tuberculose viscérale. »

Paris, le 2 juillet 1899.

J. Roux.

CONCLUSIONS

1° Il convient d'opérer presque toutes les fistules à l'anus. La variété intro-sphinctérienne ne souffre aucune exception.

2° Le procédé de choix pour les fistules sous-tégumentaires est l'excision du trajet fistuleux suivi de réunion par première intention des surfaces cruentées. L'opération est plus complète que par tout autre procédé.

3° La récurrence dans les fistules intra-sphinctériennes opérées par ce procédé, est exceptionnelle.

4° La nature tuberculeuse de la majeure partie de ces fistules sous-muqueuses est une indication pressante d'opérer par ce procédé.

5° Le temps de guérison est très abrégé : il est de 9 à 14 jours.

6° Les lésions avancées de tuberculoses viscérales ne sont une contre-indication absolue à l'opération des fistules anales par ce procédé que si le sujet est trop affaibli et les lésions viscérales rapidement progressives.

7° Dans les fistules extra-sphinctériennes, le procédé assure le rétablissement intégral des sphinctes.

VU : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

A. LE DENTU

VU : LE DOYEN,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :

LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
GRÉARD

BUZANÇAIS (INDRE), IMPRIMERIE DEVERDUN ET JAGUIN.
